

УДК 616.6-009.86-085.831-07

СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ – РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО БРАЗА ЖИЗНИ

Авилов О.В.

ФБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Челябинск, e-mail: avilveschun@gmail.com

Обоснована возможность применения такого варианта добровольного медицинского страхования, при котором в качестве страхового случая предполагается не развитие заболевания, а улучшение функционального состояния человека, рост уровня его здоровья. Показано, что при должной мотивации реально происходит улучшение количественных показателей здоровья в допустимых для страхования пределах.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, уровень здоровья, мотивация

A SPECIAL KIND OF MEDICAL INSURANCE AS A REAL WAY FOR HEALTH PROMOTION

Avilov O.V.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, e-mail: avilveschun@gmail.com

A new kind of medical insurance named «insurance of the health» is proposed. There is such an insurable risk as risk of increasing the health level. A valuation of the risk is made with the help of special medical methods. It is shown that in case there is a motivation to keep healthy, a level of the health can be increased and the insurance can be made.

Keywords: health insurance, health level, motivation

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года» среди основных принципов охраны здоровья назван приоритет профилактики заболеваний, в том числе и неинфекционных. В то же время отсутствие видимых результатов профилактики заболеваний, выражающееся в высоком уровне заболеваемости, инвалидизации и смертности населения России, связано с рядом обстоятельств. Так, постоянное обсуждение вопросов недофинансирования, низкого качества услуг, низкой доступности медицинской помощи приводит лишь к принятию нормативно-правовых актов, приказов, концепции, не имеющих силы и практического применения [1]. Население же, в основном, связывает возможности сохранения и улучшения своего здоровья с заботой о себе государства, с состоянием системы здравоохранения. Хотя известно [2], что состояние здоровья человека на 50% связано с его отношением к себе, а значимость здравоохранения гораздо меньше. К сожалению, мотивация населения заботится о своем здоровье крайне низка, о чем говорят часто пустующие спортивные залы и площадки, отсутствие очередей в медицинских центрах для проверки, без наличия симптомов заболевания, своего функционального состояния. Под заботой о своем здоровье многие понимают лишь заключение традиционных договоров ДМС. Да, конечно, получение высококвалифицированной помощи в комфортных

условиях по линии ДМС весьма актуально. Тем более, что с учетом состояния отечественной экономики, впереди нас ожидает, скорее всего, полный или частичный переход от системы обязательного медицинского страхования к ДМС [3]. Но, с другой стороны, программы ДМС применяются не более, чем у 30% предприятий – лидеров [4]. Кроме того, как мы писали ранее [5], в договорах ДМС в качестве страхового случая обычно рассматривается заболевание или травма. Это не позволяет через ДМС уменьшить заболеваемость населения, укрепить его здоровье, так в течение срока действия договора ДМС активное воздействие на клиента с целью профилактики заболеваний обычно не предполагается.

Цель и задачи исследования. В предыдущей статье [5] мы предлагали три новых варианта ДМС, которые, на наш взгляд, могли бы повысить роль ДМС в охране здоровья граждан. В данной работе мы поставили целью обосновать возможность практического применения варианта ДМС, который в качестве страхового случая предполагает не развитие заболевания, а улучшение функционального состояния человека, рост уровня его здоровья.

В ходе проведенных исследований мы решали следующие задачи:

1. Выбрать те методы оценки состояния, уровня здоровья, которые применимы при заключении договоров ДМС в любой страховой организации;

2. Выяснить насколько максимально может вырасти уровень здоровья человека, если создана высокая мотивация его сохранять и увеличивать;

3. Определить основные моменты андеррайтинга и формирования тарифов в предлагаемом варианте ДМС – страховании здоровья.

Материалы и методы исследования

При проведении исследования мы ориентировались на то, что в нашей стране накоплен большой опыт количественной экспресс-оценки здоровья как с использованием достаточно сложной аппаратуры [6,7], так и с применением самых доступных технических средств [8,9,10]. Сравнивая преимущества и недостатки того и другого подхода к экспресс-оценке уровня здоровья мы остановились на более простом, требующим меньших финансовых и временных затрат, варианте. Таким образом, мы использовали расчет адаптационного потенциала (АП) по Р.М. Баевскому (вариант без использования данных электрокардиографии) [8]. Данный показатель основан на том, что переход организма человека из состояния здоровья в состояние болезни происходит через последовательные стадии адаптационного процесса, которые можно оценить по величине АП. Второй, использованный нами метод заключался в определении количественных характеристик здоровья по Г.Л. Апанасенко [9]. В этом случае на основании данных о поле, массе тела, росте, пульсе в покое и после физической нагрузки, жизненной емкости легких и артериальном давлении по таблице Г.Л. Апанасенко рассчитывался уровень здоровья в баллах. Третий метод – расчет биологического возраста по В.П. Войтенко с соавторами [10]. Биологический возраст и величина его отличия от календарного показывают насколько темп расходования функциональных ресурсов человека отличается от оптимального уровня. Показатель рассчитывается по специальным формулам с учетом возраста, пола, данных анкеты по самооценке здоровья обследуемого и данных инструментального обследования.

В исследовании приняли участие 100 студентов Челябинского государственного университета в возрасте от 18 до 20 лет (из них было 40 мужчин). Уровень здоровья студентов рассчитывался по методу Г.Л. Апанасенко до и после выдачи индивидуальных рекомендаций и формирования мотивации сохранять хорошее здоровье с помощью еженедельно проводимых бесед. Период между обследованиями составлял 4 месяца.

Вторую группу обследуемых составляли работники ОАО «Лафарж-цемент» (Россия). Главный девиз этой компании – безопасность трудящихся прежде всего. Наряду с этим, в рамках ежегодно проводимого месячника по вопросам здоровья и безопасности среди желающих работников Московского офиса компании было объявлено соревнование по достижению максимально возможного уровня здоровья. Участники соревнования, среди которых были как граждане России, так и граждане других стран, были разделены на команды. Победителей в индивидуальном и командном зачете ждало существенное материальное вознаграждение. Итоги работы над собой подводились через 4 месяца. В соревновании принимали участие 56 человек (25 мужчин и 31 женщина).

Возраст обследуемых колебался от 23 лет до 51 года, а у более чем 90% из них было высшее образование. При обследовании мы использовали оценку адаптационного потенциала по Р.М. Баевскому, уровня здоровья по Г.Л. Апанасенко, биологического возраста по В.П. Войтенко. После оценки каждому обследуемому давались индивидуальные рекомендации по улучшению состояния и уровня здоровья. Через 4 месяца обследование было повторено.

Результаты исследования и их обсуждение

Оказалось, что при первом обследовании уровень здоровья был низким у 25% студентов, ниже среднего – у 31%, средним – у 33%, выше среднего – у 9%, высоким – у 2%. При обследовании, проведенном через 4 месяца, уровень здоровья остался низким у 20%, ниже среднего – у 27%, средним – у 30%, уровень здоровья стал выше среднего – у 15%, высоким – у 8% студентов. Всего тенденцию к росту здоровья продемонстрировали 36 студентов (36%). Из общего количества студентов рост уровня здоровья на 1 балл был отмечен у 10% студентов, рост уровня здоровья на 2 балла – у 12% студентов, рост уровня здоровья на 3 балла – у 8% студентов, а рост уровня здоровья на 4 балла был отмечен у 6% студентов. Через 1 год достигнутый уровень здоровья сохранили лишь 16% студентов (16 из 36). Таким образом, вербальные приемы формирования у студентов мотивации к здоровьесбережению оказались довольно-таки эффективными. Но после того, как психологическое воздействие на студентов прекратилось (в течение 8 месяцев), количество лиц, заботящихся о своем здоровье уменьшилось больше, чем в 2 раза.

При изучении особенностей работников ОАО «Лафарж – цемент» оказалось, что при первом обследовании по методике Р.М. Баевского удовлетворительная адаптация наблюдалась у 16,07% участников соревнования, напряжение адаптации у 75,02%, неудовлетворительная адаптация – у 8,92%.

По результатам теста Г.Л. Апанасенко при первом обследовании уровень здоровья был низким у 16,68% обследуемых, ниже среднего – у 23,52%, средним – у 31,37%, выше среднего – у 21,56%, высоким – у 7,81%. То есть, хорошие резервы здоровья были обнаружены лишь у трети обследованных лиц.

Рассчитанный по методике В.П. Войтенко биологический возраст был выше календарного у 76,7% обследуемых, соответствовал календарному – у 3,92%, был ниже календарного – у 19,6%. То есть, больше чем у 2/3 участников соревнования темп

расходования резервов организма был выше оптимального.

При подведении итогов соревнования оказалось, что по тесту Р.М. Баевского удовлетворительная адаптация стала наблюдаться у 26,78% обследованных, напряжение адаптации – у 69,65%, а неудовлетворительная адаптация лишь у 3,57%. Всего тенденцию к нормализации значений АП показали 51,78% участников соревнования.

При втором обследовании выяснилось, что относительное количество лиц с низким уровнем здоровья, определенным по Г.Л. Апанасенко, уменьшилось до 11,76%, с уровнем здоровья ниже среднего уменьшилось до 17,64%, с уровнем здоровья выше среднего возросло до 35,39%, а с высоким уровнем здоровья выросло до 19,6%. Таким образом, уровень здоровья выше среднего и высокий уровень стали наблюдаться более чем у 50% обследованных лиц.

Из общего числа участников соревнования уровень здоровья возрос на 1 балл у 8,92%, на 2 балла – у 12,5%, на 3 балла – у 10,71%, на 4 балла – у 7,14%, на 5 баллов – 12,5%, на 6 баллов – у 5,35%, на 7 баллов – у 5,35%, на 8 баллов – у 1,78%.

При повторном определении биологического возраста по В.П. Войтенко выяснилось, что относительное количество лиц с биологическим возрастом выше календарного уменьшилось с 76,47% до 37,25%. Относительное число лиц с биологическим возрастом, соответствующим календарному увеличилось до 19,6%, а с биологическим возрастом ниже календарного увеличилось до 43,13%. Таким образом, через 4 месяца темп расходования физиологических резервов у обследованных лиц стал более благоприятным. Из общего числа участников соревнования за 4 месяца биологический возраст снизили на 1-3 года 10,9%, на 3,1-6 лет – 29,09%, на 6,1-9 лет – 18,18%, на 9,1-12 лет – 14,5%, на 12,1-15 лет – 7,27%.

Таким образом, сочетание психологической поддержки и материального стимулирования персонала при формировании мотивации улучшить свое здоровье дало ощутимый, выраженный количественно, эффект.

В то же время, логично предположить, что через год, тем более при отсутствии соревновательного азарта, мотивационное напряжение будет ослабевать. Наблюдения за студентами это наглядно продемонстрировали.

При решении третьей задачи мы исходили из того, что предлагаемый нами вариант ДМС должен быть рентабельным для страховщика. Андеррайтинг при страховании

здоровья также необходим, как и при традиционных вариантах ДМС [11]. Главной целью андеррайтинга является обеспечение гарантии того, что страхование осуществляется на таких условиях и с такой премией(страховым взносом), которые в точности соответствуют степени принимаемого на страхование риска [11]. Объектом страхования в нашем варианте ДМС является риск улучшения состояния здоровья, оцениваемого количественно. При заключении договора страхования для определения величины страхового риска, на наш взгляд, следует учесть:

- состояние здоровья застрахованного (отсутствие острых или обострения хронических заболеваний, состояния восстановления после перенесенного заболевания, переутомления на момент первого и последующих обследований);

- факт наличия или отсутствия приема лекарственных средств при первом и заключительном обследовании (если при первом обследовании клиент принимал лекарственные средства, назначенные для лечения хронического заболевания, желательно, если для этого нет противопоказаний, чтобы заключительное обследование проводилось бы при тех же условиях);

- количество промежуточных обследований клиента в ходе действия договора страхования (могут быть предусмотрены обследования каждые 3 или 4 месяца для выявления степени успешности работы клиента над своим здоровьем, если услуги врача включены в нагрузку);

- степень увеличения уровня здоровья и (или) снижения биологического возраста, с учетом вероятности их достижения, являющиеся критерием наступления страхового случая (следует учитывать исходную тренированность человека, условия его труда и быта и т.д.).

Мы считаем, что наши исследования создают определенную базу для расчета тарифов при страховании здоровья. Так как выяснена вероятность увеличения уровня здоровья и снижения биологического возраста у максимально мотивированных на достижение этого лиц. Следует добавить, что увеличение уровня здоровья на 6 баллов и больше, снижение биологического возраста на 6 и более лет произошло, в основном, у тех лиц, которые на момент первого обследования находились в периоде выздоровления после перенесенного ОРВИ, были переутомлены или имели выраженный дефицит сна. При этом ограничения ответственности страховщика возможны за счет:

1. Установления лимита ответственности, определяющего верхнюю границу затрат на компенсацию стоимости отдыха клиента в санаториях, пансионатах и т.д. (в том числе и в зарубежных странах). Указанную форму страхового обеспечения при наступлении страхового случая мы считаем наиболее вероятной при страховании здоровья (хотя могут быть и другие варианты).

2. Установления франшизы в виде того уровня здоровья и (или) того уменьшения биологического возраста с которых начинается ответственность страховщика. на величину франшизы особенно может повлиять применение при обследовании экспресс-оценки биохимических показателей.

3. Отказа от использования для оценки здоровья клиентов АП по Р.М. Баевскому. Так как, хотя этот показатель и показал себя как наименее изменяющийся при работе над своим здоровьем, и, на первый взгляд, как наиболее подходящий для расчета тарифов, он в наибольшей степени может быть улучшен за счет, неизвестного страховщику, использования лекарственных средств.

4. Использования страховщиком во время обследования клиентов собственной, поверенной медицинской аппаратуры и штатных специалистов медицинского профиля.

Заключение

Таким образом, на наш взгляд, страхование здоровья может быть вполне рентабельным для страховщиков и социально значимым как для отдельных клиентов (юридических и физических лиц), так и для государства в целом. Страхование здоровья, вероятно, сможет существенно усилить мотивацию клиентов поддерживать и укреплять свое здоровье, что важно для сохра-

нения трудовых ресурсов страны. Как нам кажется, есть все основания для разработки и утверждения правил страхования ДМС, когда страхование здоровья сочетается со страхованием на случай наступления заболевания. Изучение возможностей смешанного варианта ДМС является целью наших дальнейших исследований.

Список литературы

1. Ильченко И.Н., Арустамян Г.Н. Значимость человеческого капитала в укреплении здоровья и профилактике заболеваний // Профилактическая медицина. – 2009. – №2. – С. 9–17.
2. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 512 с.
3. Русецкая Э.А. Совершенствование медицинского страхования как центрального звена безопасности жизнедеятельности граждан // Страховое дело. – 2010. – №4. – С. 19–32.
4. Бочкарева Е.В., Калинина А.М., Копылова Г.А. Перспективные направления социальной политики отечественных компаний в области укрепления здоровья населения России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т.58, №4. – С. 4–8.
5. Авилов О.В. Возможные перспективы развития добровольного медицинского страхования // Страховое дело. – 2003. – №5. – С. 25–27.
6. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – 224 с.
7. Баевский Р.М., Берсенева А.Р., Берсенев Е.Ю., Ешманова А.К. Использование принципов денотологической диагностики для оценки функционального состояния организма при стрессорных воздействиях (на примере водителей автобусов) // Физиология человека. – 2009. – Т.35. – №1. – С. 41–51.
8. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
9. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки уровня здоровья человека // Гигиена и санитария. – 1985. – №6. – С. 55–58.
10. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – Ростов – н/Д: Феникс, 2000. – 248 с.
11. Попова Т.И. Особенности андеррайтинга в добровольном медицинском страховании // Страховое дело. – 2010. – №2. – С. 22–31.